

UNIVERSITÉ DE PARIS V

FACULTÉ DE MÉDECINE NÉCKER-ENFANTS MALADES

Année 1971

THÈSE

Nº

131

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'état)

PAR

de TCHEREPAKHINE Christian Alain

ne le 27 juillet 1943 a Paris 16^e

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LES THROMBO-PHLEBITES PELVIENNES

(a propos de 3 cas)

* * *

Président : Monsieur VARANGOT, Professeur

UNIVERSITÉ DE PARIS V

FACULTÉ DE MÉDECINE NÉCKER-ENFANTS MALADES

Année 1971

THÈSE

Nº

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'état)

PAR

de TCHEREPAKHINE Christian Alain
né le 27 juillet 1943 à Paris 16^e

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LES THROMBO-PHLEBITES PELVIENNES
(a propos de 3 cas)

* * *

Président : Monsieur VARANGOT, Professeur



UNIVERSITÉ DE PARIS V

FACULTÉ DE MÉDECINE NÉCKER-ENFANTS MALADES

Année 1971

THÈSE

Nº

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'état)

PAR

de TCHEREPAKHINE Christian Alain

né le 27 juillet 1943 à Paris 16^e

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LES THROMBO-PHLEBITES PELVIENNES

(a propos de 3 cas)

* * *

Président : Monsieur VARANGOT, Professeur

à Monsieur le Professeur J.VARANGOT,

Membre de l'Académie de Médecine

Membre de l'Académie de Chirurgie

Chef de Service à la Maternité de
Port-Royal.

qui nous a fait le très grand honneur
de présider cette thèse

En témoignage de notre très haute
considération.

à Monsieur le Docteur R. HENRION

Maitre de conférence agrégé

Gynécologue-accoucheur des Hôpitaux de Paris

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et
qui nous a beaucoup aidé dans ce travail

Avec l'expression de nos respectueux et déferents
remerciements.

à nos Maîtres dans les hôpitaux de Paris.

le Professeur HAMBURGER

Le Professeur PADOVANI

le Professeur SERINGUE

le Professeur de SEZE

le Professeur GARCIN

le Professeur MARSCHAL

le Professeur ISRAEL

le Professeur SOULIE

le Professeur VARANGOT

le Professeur NETTER ;

En témoignage de notre très respectueuse gratitude.

à Monsieur le Docteur Jacques JOUANDOU

Médecin Chef du Service de Médecine de
l'Hôpital de Gien

qui nous a accueilli un an dans son service et
nous a fait profiter de sa grande expérience

En témoignage de notre très fidèle reconnaissance.

à mon grand-père le Docteur A. de TCHEREPAKHINE

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris dont
la mémoire contribuait pour beaucoup dans le choix
de nos études.

à mes parents, dont l'aide nous a permis de mener
à bien ces études.

à ma Femme, et à ma fille qui par leur tranquille
et aimable amour nous aidèrent beaucoup dans ce
travail

Avec nos affectueux remerciements.

PLAN

Les Thrombo-phlébites pelviennes puerpérales. (A propos de trois cas)

I.- HISTORIQUE

II.- ANATOMIE PATHOLOGIQUE

III.- PHYSIOPATHOLOGIE

IV.- SIGNES CLINIQUES

V.- EXAMENS PARACLINIQUES

VI.- TRAITEMENT

VII.- OBSERVATIONS CLINIQUES

VIII.- ETUDE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES OBSERVATIONS

IX.- CONCLUSIONS

X.- BIBLIOGRAPHIE

HISTORIQUE
=====

HISTORIQUE

La symptomatologie des thrombo-phlébites pelviennes a été décrite pour la première fois, dans la première partie du siècle dernier par DANCE en 1828. En 1870 HERVIEUX lui fait une étude statistique des localisations de ces phlébites au niveau des pédicules veineux du bassin . En 1894, Sippel pratique la première resection des veines utéro-ovariennes thrombosées . Cette technique contestée par beaucoup, tombe dans l'oubli, puis est reprise au début du siècle par FREUND.

Le vrai grand progrès en matière de chirurgie des thrombo-phlébites pelviennes, est donné par TRENDELENBOURG en 1902, qui propose de lier les veines hypogastriques, cette intervention porte encore actuellement son nom.

L'opération de TRENDELENBOURG est pratiquée pour la première fois en France, avec succès à la clinique Tarnier, par J.L. FAURE.

Les thrombo-phlébites pelviennes connaissent à cette époque un grand regain d'intérêt et les études vont se multiplier jusqu'en 1925. Grâce à JEANNIN, VANVERTS et PAUCOT en 1912, FROUST et MAURER en 1924, LEQUEUX et CHOME en 1923 et HOUEL et ROBIN en 1925.

Les interventions pratiquées n'ayant pas donné les résultats que l'on escomptait ; les études sur les thrombo-phlébites pelviennes s'espacèrent de plus en plus. Jusqu'au jour où une équipe de chirurgiens de la Nouvelle Orléans, avec à leur tête COLLINS, sauvèrent 62 des 70 malades qui s'étaient confiées à eux, en liant à la fois la veine cave inférieure et les veines ovariennes. 1950-1951.

Depuis cette date, les études vont se multiplier dans le monde.

Les progrès de la chimie dans le domaine des heparoïdes et des anti-vitamines K, a relègué pour certains, le traitement chirurgical, au second plan . Notament pour l'équipe Américaine de DUNN qui préconise une Héparinothérapie systématique dans les suites de couches, limitant ainsi l'apparition de thrombo-phlébites pelviennes chez ses malades.

Nous ne prendrons pas parti dans cette étude, entre les indications au traitement chirurgical ou au traitement médical. Nous nous limiterons, à apporter notre modeste contribution, à l'étude du traitement médical des thrombo-phlébites pelviennes suppurées.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE
=====

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1°) Localisations anatomiques.

Dans la majorité des cas, les thrombo-phlébites pelviennes touchent le pédicule veineux supérieur (veines utéro-ovariennes et plexus pampiniforme.) Il semble également que le pédicule droit soit plus fréquemment atteint que le gauche. Mais il n'est pas rare non plus d'observer des thrombo-phlébites des deux pédicules supérieurs.

En cas de localisation au pédicule supérieur de la thrombose, l'extension peut se faire jusqu'à la veine cave, à droite et jusqu'à la veine rénale, à gauche.

Les thrombo-phlébites du pédicule inférieur sont beaucoup plus rares à l'état isolées. Lorsque c'est le cas, elles sont limitées aux veines utéro-vaginales. Mais le plus souvent, la thrombose s'étend aux veines hypogastriques et peut même gagner les veines iliaques primitives et la veine cave inférieure.

Enfin il existe des formes mixtes touchants à la fois les pédicules inférieurs et supérieurs.

2°) Lésions macro et microscopiques.

Les veines atteintes sont entourées d'une gangue périphlébique très inflammatoire, d'où les éléments normaux ont totalement disparu et sont remplacés par des éléments altérés et congestifs.

Les parois veineuses sont très indurées.

La lumière de la veine est généralement totalement comblée par un mélange de fibrine, d'éléments sanguins altérés et de polynucléaires. Mais on trouve aussi quelques fois, du pus franc mêlé à de vieux caillots ramollis, en voie de dissolution et qui seront responsables des embolies septiques.

Les lésions des tissus de voisinage sont souvent discrètes ou mêmes absentes, dans le cas des thrombo-phlébites du pédicule supérieur.

Par contre, en cas d'atteinte du pédicule inférieur, ou dans les formes mixtes. Il existe toujours une péri-phlébite intense, soudant les artères aux veines. Il n'est pas rare non plus de constater dans ces formes, la constitution de véritables abcès de la base du ligament large, et même des réactions péritonéales sévères qui font bien souvent égarer le diagnostic.

Les lésions à distance causées par les thrombo-phlébites pelviennes suppurées, sont le fait de l'infection. Ces phlébites ne donnant que rarement des embolies pulmonaires massives, comme s'est le fait des phlébites surrales.

Les lésions à distance sont, les lésions causées par les embolies septiques. Ces embolies septiques font toute la gravité de l'affection en disséminant à tout l'organisme le processus infectieux.

Les embolies septiques se produisent par ordre de fréquence au niveau des poumons, du cerveau, des reins, des articulations et du coeur. Elles déterminent au niveau de ces différents organes de véritables abcès métastatiques.

PHYSIOPATHOLOGIE
=====

PHYSIOPATHOLOGIE

Les thrombo-phlébites pelviennes d'origine obstétricale sont généralement strictement limitées au petit bassin, sans extension à l'abdomen ni aux membres inférieurs . Mais les thrombo-phlébites pelviennes peuvent être des phlébites nées dans le mollet et étendues aux veines du bassin.

Les thrombo-phlébites pelviennes obéissent aux mêmes règles physiopathologiques que toutes les autres phlébites. A savoir, elles sont favorisées, voire même causées par la stase veineuse, l'hyper-coagulabilité sanguine etc... Mais il existe en plus au niveau du bassin de nombreux autres facteurs qui favorisent tous la thrombose.

1) - L'anatomie de la région.

Au niveau du bassin, la circulation veineuse est très lente, du fait de l'extrême richesse du réseau veineux qui augmente encore durant la grossesse, et du fait de la situation de ce réseau par rapport à la colonne sanguine principale qui ramène le sang veineux des membres inférieurs à la veine cave inférieure

En effet la circulation pelvienne est située en dérivation sur la voie principale et tous les troubles de celle-ci qu'ils soient en aval comme en amont, retentissent sur elle.

Un autre facteur qui favorise les thromboses est la pauvreté de ce réseau veineux en valvules.

Le système utéro-ovarien, par exemple, dont le trajet à droite comme gauche est strictement vertical, en est totalement dépourvues.

2)- La grossesse.

Par les modifications locales et régionales qu'elle entraîne, la grossesse diminue encore la vitesse de la circulation veineuse au niveau du pelvis. Mais la grossesse entraîne également des modifications biologiques et physiques du sang qui vont toutes dans le sens de la thrombose. En effet pendant la gravidité, on observe une diminution de l'alcalinité sanguine, une augmentation de la proportion en fibrine (surtout nette en cours des trois derniers mois), une augmentation de la quantité de plasma, une augmentation du calcium sanguin et une augmentation du taux de prothrombine.

Au cours du travail, les contractions utérines étirent et traumatisent les sinus utérins. Enfin dans les suites de couches, il existe à l'état physiologique une hyper coagulabilité sanguine qui aboutit à la thrombose des sinus utérins. Comme on le voit, tout concourt dans les suites de couches, à favoriser les thromboses.

Quant - à l'infection qui accompagne les thrombo- phlébites pelviennes, il semble désormais bien établi qu'elle se fait secondairement. On a longtemps cru que les germes qui passaient par les lacs sanguins placentaires étaient responsables de ces thromboses. En fait REILLY et GRESLAIN ont montré dans leurs travaux que l'injection de microbes aussi virulents soient-ils, ne déterminait jamais de phlébites. Par contre, lorsque le caillot est formé, il constitue un excellent milieu de culture et sa surinfection est fréquente et facile.

Mais il semble actuellement possible que certains germes, agissants par leurs toxines douées de pouvoirs protéolytiques, soient capables en lésant les endothelium veineux, d'induire eux-mêmes des thromboses. Mais dans la majorité des cas, au départ le caillot est parfaitement stérile, et se surinfecte secondairement.

S I G N E S C L I N I Q U E S
=====

SIGNES CLINIQUES.

La symptomatologie clinique des thrombo-phlébites pelviennes est très frustrée et très variable d'une malade à l'autre. Il existe malgré tout des signes qui par leur fréquence et leur constance doivent faire évoquer, surtout lorsqu'ils surviennent dans le post-partum ou le post-abortum, une thrombo-phlébite pelvienne.

Ces signes sont : La FIEVRE, l'ACCELERATION du POULS, les FRISONS et les EMBOLIES PULMONAIRES. Tous ces signes associés ou isolés, se retrouvent, d'après les auteurs dans 90 % des cas de thrombo-phlébites pelviennes. La date d'apparition de ces signes est variable. Mais il faut noter qu'il existe toujours un intervalle libre entre l'accouchement ou l'avortement et le début de la maladie. Ce laps de temps varie de deux jours à six semaines, avec un maximum de fréquence entre le 8ème et 10ème jour.

Depuis le début du siècle, avec JEANNIN qui en donna la première description. On distingue les Thrombo-phlébites adhésives simples et les Thrombo-phlébites suppurées. L'école américaine, a tendance à supprimer de plus en plus cette dualité. Ils pensent que la suppuration n'est qu'une complication dans l'évolution de la maladie. Tous les degrés peuvent s'observer, la suppuration peut, en effet, apparaître soit d'emblée, soit survenir en cours d'évolution ou au contraire ne jamais survenir.

Nous pensons pour notre part que les thrombo-phlébites simples et suppurées ne sont qu'une même et seule affection. Nous parlerons donc

de Thrombo-phlébite simple et compliquée.

Les signes cliniques sont pour l'une comme pour l'autre les mêmes, mais plus ou moins marqués suivant que l'on a à faire à l'une ou l'autre forme.

Les formes simples peuvent guérir soit spontanément soit sous l'effet d'une thérapeutique anticoagulante simple. Dans les formes compliquées, le syndrome infectieux est prédominant et l'évolution sans traitement se fait toujours vers la phase des complications.

Nous étudieront ici, les signes cliniques en général qui sont communs aux deux formes, ainsi que les complications qui sont par définition l'apanage des formes graves.

Classiquement la maladie évolue en trois stades. Une phase préphlébitique, pendant laquelle les signes sont pauvres. Une phase d'état ou théoriquement tous les signes sont réunis. Et enfin une phase de complication qui survient plus ou moins tôt dans l'évolution de la maladie suivant le traitement qui a été institué. Evidemment cette évolution n'est que théorique. Et la phase préphlébitique peut être absente, de même que la phase des complications peut être la phase inaugurale de la maladie.

PHASE PREPHLEBITIQUE.

Elle correspond à la période de constitution de la thrombose. Elle survient à des dates très variables, mais est généralement précoce, un à trois jours au plus après l'accouchement ou l'avortement.

Les signes cliniques pendant cette phase sont très discrets et passent le plus souvent inaperçus si on ne les recherche pas avec acharnement.

Avant tout il s'agit d'une instabilité du pouls et une accélération de son rythme chez une malade qui avait attiré l'attention par son extrême pâleur. la température est à ce stade normale ou subnormale. A l'examen on retrouve souvent des petits signes d'infection utérine à type d'endométrite avec pertes sales, douleurs à la mobilisation de l'utérus et un petit retard à son involution normale.

PHASE D'ETAT

La phase d'état suit immédiatement la phase préphlébitique . Discrète, elle aussi, elle peut revêtir toutes les formes. Nous allons décrire tous les signes que l'on peut rencontrer, mais ces signes ne sont que rarement tous présents à la fois chez la même malade.

-La FIEVRE est certainement le symptôme le plus constant. (elle était présente chez 65 des 70 malades que COLLINS a étudié ..) Mais son absence ne peut en aucun cas faire éliminer le diagnostic de thrombophlébite pelvienne . Cette fièvre est très variable, mais a néanmoins certaines caractéristiques évocatrices. C'est une fièvre oscillante, désarticulée, de type septicémique. Chez tel malade elle sera à 40° en plateau pendant 24 h puis normale le lendemain, chez tel autre elle ne dépassera pas 38° mais variera d'une heure à l'autre. Rien sur le plan clinique ne vient expliquer cette fièvre. Les antibiotiques prescrits systématiquement, même puissants et à fortes doses, n'en viennent pas à bout. Mais par contre l'HEPARINE la fait baisser. Et c'est ainsi que pour SCHULMAN la cédation de la fièvre sous Héparine, alors qu'elle était résistante aux antibiotiques, est une preuve quasi formelle de thrombo-phlébite pelvienne (Epreuve à l'Héparine).

-L'ACCELERATION du POULS est pratiquement constant (dans 89% des cas de COLLINS , le pouls était accéléré).

le pouls ne suit pas de façon très étroite les variations de la température . Et la persistance de son accélération en dehors des poussées thermiques est d'une valeur diagnostic certaine. Si la fièvre oscille, le pouls lui reste inexorablement rapide en plateau.

-Les FRISSONS . Les accès de fièvre sont accompagnés de frissons importants. Rares au début, les frissons deviennent de plus en plus nombreux et sont pour les malades d'une gêne considérable. Pendant les frissons les malades sont angoissées, cyanosées, effrayées, polypnéiques ou presque asphyxiées. Puis le frisson passe et la malade retrouve son calme. C'est ce que décrivait H. MONGOR lorsqu'il écrivait : " ce qui est le plus typique, ce qui est un signe à conserver parmi les meilleurs, c'est la CONSERVATION PARADOXALE de L'ETAT GENERAL. La malade est pale, certe, , mais sans faciès péritonéal, sans prostration. L'intelligence est intacte, une sorte d'apaisement confiant, d'entrain vrai remplit les intervalles sans frissons. La malade mange volontiers, s'entretient avec ses voisines. L'espoir est revenu, et puis un frisson de nouveau la brise . "

-Les EMBOLIES PULMONAIRES, elles aussi par leur fréquence et leur précocité dans l'évolution de la maladie peuvent être considérées comme un signe révélateur. Il ne s'agit pas d'embolies importantes comme peuvent en donner les phlébites surrales, mais de micro-embolies septiques dont le danger est plus infectieux que mécanique.

Sur le plan clinique, elles se manifestent par une discrète douleur thoracique, par une augmentation du rythme respiratoire ou par une sensation de malaise passager. Ces micro-embolies ne sont que rarement suivies d'hémoptysies (37 % des cas dans la série de COLLINS). De même elles ne donnent pas de signes électrocardiographiques. Mais tous ces signes peuvent manquer et ces embolies peuvent rester tout à fait muettes sur le plan clinique. Et c'est bien souvent sur un cliché thoracique demandé systématiquement que l'on en fera le diagnostic. C'est dire l'intérêt des clichés thoraciques dans les suites de couches et le poste-abortum. (COLLINS a relevé des opacités pulmonaires chez 46 de ses 70 malades et 24 de ces 46 malades n'avaient présenté aucun signe clinique d'embolie pulmonaire).

A coté des signes généraux rencontrés de façon habituelle dans les thrombo-phlébites pelviennes, il est des signes fonctionnels qui, bien que banaux, doivent attirer l'attention du médecin sur le pelvis. Ces signes sont : des DOULEURS variées et n'ont rien de spécifique . Les douleurs anales à la défécation, le ténesme, les douleurs pelviennes diffuses, les douleurs sus-pubiennes ne doivent pas être traitées par le mépris et mis sur le compte de problématiques hémorroïdes, mais doivent faire pousser loin l'examen et les différentes investigations complémentaires à la recherche d'une thrombose débutante . Il est une douleur décrite par plusieurs auteurs qui semble plus significative que les autres c'est la douleur du flanc droit qui irradie en hémicceinture.

-LES TROUBLES URINAIRES. Il s'agit de pollakiuries, de dysuries ou même de rétentions urinaires complètes.

-Des TROUBLES DIGESTIFS à type de ballonnements, de retard à l'évacuation des gaz, de constipation. L'abdomen est sensible et discrètement météorisé.

EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique est la plus part du temps négatif. Malgré tout pratiqué soigneusement il peut apporter quelques renseignements utiles. Ils doit être pratiqué sur une malade dévêtue, examinée successivement à plat sur le dos et en position gynécologique.

L'examen commence par une inspection rigoureuse à la recherche d'oedèmes.

-Les OEDEMES lorsqu'ils sont présents, siègent avec prédilection au niveau :

du pubis, dont les méplats sont partiellement effacés et le relief diminué.

des grandes lèvres..Lorsque l'oedème est unilatéral, le sillon vulvaire médian n'est plus strictement vertical mais attiré vers le coté sain.

du triangle Scarpa qui parait plus ou moins comblé.

des cuisses, obsectivé par la mensuration comparative.

Il convient également de rechercher une modification du pli cutané.

Le toucher vaginal n'apporte lui aussi que peu de renseignements, néanmoins il arrive qu'il fasse poser le diagnostic. En effet on peut, dans certains cas rares, sentir au niveau des parois vaginales, les veines indurées et thrombosées ; sous laforme de cordons durs, sensibles, allongés en amas le long de la paroi vaginale qu'ils croissent

transversalement ou suivie verticalement. Les culs de sac postérieurs restent généralement normaux. La mobilisation de l'utérus est indolore. Dans d'autres cas, les phénomènes inflammatoires peri-phlébitiques dominent, les cordons ne sont pas senties, et toute la paroi vaginale semble cartonnée. COLLINS estime que l'exploration vaginale si elle est suivie d'une poussée thermique, apporte la preuve qu'il existe une thrombo-phlébite pelvienne suppurée.

Le toucher rectal n'apporte pas de renseignements importants. On découvre souvent des hémorroïdes internes qui risquent de faire égarer le diagnostic. La muqueuse rectale est souvent infiltrée et hémorragique.

L'examen doit aussi rechercher systématiquement une phlébite surrurale associée. Cette recherche est souvent négative, (7 % des cas de COLLINS), les thrombo-phlébites pelviennes étant souvent strictement limitées aux veines du bassin.

LA PHASE des COMPLICATIONS

La phase des complications peut apparaître très précocement dans l'évolution des thrombo-phlébites pelviennes. Elle peut même être la phase inaugurale de la maladie. Les complications sont de deux grands types.

Premièrement les complications dues au syndrome infectieux et aux embolies pulmonaires. Et deuxièmement les complications dues à l'extension vers le bas en direction du membre inférieur de la thrombose, et l'extension vers le haut en direction de la veine cave et des veines rénales.

Les embolies pulmonaires.

Les embolies pulmonaires constituent par leur fréquence un des signes de la maladie. Il peut certe exister dans l'évolution des thrombo-phlébites pelviennes, des embolies pulmonaires massives, rapidement mortelles, ou des embolies moyennes typiques, identiques à celles que peuvent donner les phlébites surrales. Mais dans la plus part des cas, il s'agit de micro-embolies qui posent que peu de problèmes au point de vue mécanique, mais qui sont redoutables par leur septicité.

Ces embolies sont susceptibles d'aller créer au niveau des organes où elles se produisent, des abcès métastatiques qui évoluent souvent à bas bruit et qui se révèlent soudainement à la phase d'état. Par ordre de fréquence, les organes les plus touchés sont : les poumons, où elles déterminent des abcès intra parenchymateux et des pleurésies purulentes. Le cerveau où se développe des abcès, comme au niveau des reins. Enfin l'endocarde, en particulier s'il est déjà lésé, peut faire l'objet d'une greffe bactérienne. Ce véritable état septicémique qu'entraîne ces décharges de micro-embolies septiques, est responsable dans quelques cas de chocs endotoxiniques graves, avec défaillance cardiaque et oedème aigue du poumon mettant en jeu le pronostic vital. Ces embolies ne donnant que peu de signes cliniques, il faut insister sur l'importance de pratiquer régulièrement des clichés thoraciques qui souvent permettront de faire le diagnostic retroseptivement.

L'extension de la thrombose.

Vers le bas, en direction du membre inférieur. L'extension vers le membre inférieur se signale au début par de petits signes à types d'engourdissement, de crampes musculaires au niveau de la jambe. LOUVEL a décrit une douleur "irradiée le long des vaisseaux fémoraux, réveil-

lée ou augmentée par les efforts de tous " .

L'examen s'attachera à rechercher des signes locaux au niveau d'un membre inférieur ; une augmentation de la chaleur local, un oedème objectivé par la mensuration comparative ; enfin une douleur provoquée lors de la flexion du pied sur la jambe (Signe de HOMANS). Tous ces signes ont une très grande valeur lorsqu'ils sont unilatéraux.

Vers le haut en direction de la veine cave inférieure et des veines rénales. L'extension de la thrombose peut se faire vers le haut et gagner successivement la veine hypogastrique, l'iliaque primitive, la veine cave inférieure et les veines rénales.

Les signes qui doivent faire craindre une telle extension sont ; les oedèmes d'un ou des membres inférieurs qui peuvent devenir très importants si la thrombose est complète, l'apparition d'une circulation collatérale au niveau de l'aisne et des lombes, mais cette circulation est souvent masquée par l'oedème, enfin par l'apparition d'une albuminurie dont la recherche doit être quotidienne. Cette extension à la veine cave est très rare et l'emploi massif d'anticoagulant stoppe la thrombose avant.

EXAMENS PARACLINIQUES
=====

LES EXAMENS PARACLINIQUES

Le laboratoire peut aider au diagnostic, mais il est surtout intéressant pour la conduite et la surveillance du traitement.

Les Hémocultures

Le diagnostic de thrombo-phlébite pelvienne évoqué, on pratiquera de nombreuses hémocultures à la recherche d'un germe. Ces hémocultures doivent être pratiquées au moment des frissons et le prélèvement doit être recueilli sur milieu aérobie et anaérobie. Positives elles ont une valeur diagnostic certaine, mais leur négativité ne peut pas faire rejeter le diagnostic. COLLINS pratiqua des hémocultures à 42 de ses 70 malades, 12 revinrent positives ; six fois à un staphylocoque doré pathogène, quatre fois à un streptocoque et deux fois à des anaérobies. Les hémocultures permettent également lorsqu'elles poussent, de pratiquer un antiobiogramme qui sera précieux pour la bonne conduite du traitement.

Les Examens de la Coagulation.

Les tests de la coagulation n'ont pas d'intérêt diagnostic. Par contre ils sont indispensables à la surveillance du traitement anticoagulant. Au temps de coagulation trop peu précis, on préfère le thromboelastogramme, le test de tolérance à l'héparine et le taux de prothrombine .

Les Examens Plasmatiques.

Leur perturbation est une traduction du processus inflammatoire qui accompagne les thromboses . C'est ainsi que :

- La vitesse de sédimentation globulaire est constamment accélérée, supérieur à 30 à la première heure

La réaction de Vernes à la résorcine, dont les chiffres dépassent volontiers 30 à 35 et pouvant atteindre 50 à 90 dans certains cas.

Le taux d'haptoglobine est augmenté.

La formol gélification peut être intéressante, mais doit être franchement positive pour être significative.

LA PHLEBOGRAPHIE

La phlébographie pratiquée pour la première fois au début du siècle dernier, a cru pouvoir résoudre tous les problèmes diagnostics que posent les thrombo-phlébites débutantes. Mais bien vite, les difficultés techniques et le danger qu'elle représente pour certains, pratiqué chez un phlébitique, ont quelque peu ternis son prestige.

N'ayant pas d'expérience, nous nous contenterons ici d'exposer, les techniques de phlébographie pelvienne, leurs résultats et l'intérêt que l'on peut en tirer.

Opacification des branches pariétales de la veine hypogastrique

Elles peuvent être mises en évidence par plusieurs techniques. On peut injecter le produit de contraste dans la veine dorsal du clitoris ou directement dans l'un des corps caverneux . (La Pena, Baux , Paulhes.) Ces méthodes permettent d'opacifier, le plexus de Santorini, les veines vésicales, les obturatrices, les hypogastriques et les veines sacrées latérales. L'injection du produit peut aussi se faire directement dans la substance spongieuse de l'os. Cet examen étant douloureux, il est généralement pratiqué sous anesthésie générale. Beaucoup de voies d'abord ont été descrite .Transpubienne (DROSNOR), dans la branche horizontale du pubis (GUILHEM et BAUX), dans la tubérosité ischiatique, dans le grand trochanter, dans la crête iliaque et le sacrum. Toutes ces techniques

visualisent le système veineux pariétal.

Opacification des branches viscérales de la veine hypogastrique

Il arrive qu'à la suite d'une hystérosalpingographie, on ait la surprise d'obtenir un phlébogramme du système vasculaire du bassin. A partir de cette idée, beaucoup de chercheurs ont tenté d'obtenir l'opacification du système veineux par injection directe du produit dans le myomètre (GUIHEM, BAUX, VOISIN et PAILLE). Cette technique est très difficile à interpréter car il est exceptionnel d'injecter les quatre pédicules à la fois, aussi la non injection d'un pédicule peut être certes due à une thrombo-phlébite, mais aussi à un artéfact. Les images phlébographiques qui permettent d'affirmer qu'il y a thrombose, sont de trois types. Le 1er est le dessin de la cupule thrombique, dessinée par l'arrêt du produit de contraste. La 2ème est le passage du produit de contraste entre le caillot et la paroi veineuse. La 3ème est l'interruption segmentaire d'un tronc veineux, lequel est entouré par un très riche réseau de circulation collatérale.

En conclusion, la phlébographie peut aider au diagnostic de thrombo-phlébite pelvienne. Mais son grand intérêt réside dans le fait qu'elle permet de juger le degré d'extension de thrombose.

La SCINTIGRAPHIE VEINEUSE au Fibrogène marqué à l'iode 125.

HOBB et DOUEE en 1960 ont montré qu'après blocage de la thyroïde par leiodure de K, le fibrinogène marqué qui avait été injecté par voie intra-veineuse, se fixait sur les caillots récents. La détection d'une augmentation de la radioactivité en un point du corps, fait suspecter dans cette région une thrombose débutante. Cet examen a surtout un intérêt dans la détection des thromboses des membres ou la lecture des résultats peut être comparatif d'un membre à l'autre .

Au niveau du bassin, la circulation veineuse étant très dense, une augmentation de la radioactivité à ce niveau ne signifie pas nécessairement qu'il existe une thrombose.

T R A I T E M E N T
=====

TRAITEMENT

1°) Traitement Prophylactique

Comme nous l'avons vu, la grossesse entraîne des modifications circulatoires et sanguines qui tendent toutes à la thrombose . Aussi, le premier traitement devra-t-il être prophylactique.

Ce traitement doit s'efforcer de lutter avant tout contre la stase veineuse ; par une mobilisation au lit, une surélévation des pieds du lit selon un angle de 10 % (PAWLING, WRIGHT, et OSBORN ont montré, à l'aide de sodium radioactif, que cette déclivité faisait doubler la vitesse de la circulation dans le réseau veineux), et enfin par un lever précoce. Il faut lutter également contre l'infection, si fréquente dans les suites de couches. Aussi des mesures sévères doivent être prises en salle de travail, pour qu'il y règne une asepsie totale, surtout si l'accouchement nécessite des manoeuvres instrumentales.

Beaucoup de drogues, visant à lutter contre l'hypercoagulabilité sanguine qui suit l'accouchement, ont été proposé. Mais les résultats n'ont jamais été très significatifs. Signalons toutefois que OCHNER et KAY ont proposé l'injection, à titre prophylactique, de gluconate de Calcium et l'Alphatocophérol qui agirait comme une anti-thrombine.

Le Professeur LERICHE a proposé lui, l'interruption régionale du sympathique à la Procaïne, rappelant que dans la genèse des phlébites, le spasme est à l'origine de la formation du caillot. Les perfusions de grosses molécules (Rhéomacrodex, Plasmagel etc...), en diminuant la viscosité sanguine, ont un intérêt certain.

Enfin le traitement anticoagulant systématique par les anti-vitamines K, employé largement en chirurgie général, semble être le moyen le plus sur pour éviter une thrombose . Mais à condition d'être employée à doses fortes, doses qui dans les suites de couches sont toujours très dangereuses et difficiles à manier.

2°) Traitement curatif.

Le traitement curatif associe trois groupes de drogues . Les ANTI-COAGULANTS, les ANTIBIOTIQUES et les CORTICOIDES.

LES ANTICOAGULANTS.

Les anticoagulants sont prescrits au début, par voie intra-veineuse. Il s'agit de perfusions de continues d'HEPARINE à fortes doses (400 à 500 mg/24h), ou même plus . Il est des fois nécessaire de faire tomber le temps de Howell de la malade, à 4 à 5 fois celui du témoin. Ce traitement, pour être efficace, doit être poursuivit longtemps, au minimum 15 jours après la disparition de la fièvre et des signes inflammatoires.

En cas de difficultés de voies d'abord veineuse, l'héparine IV peut être remplacé par une héparine sous-cutané (Calciparine) à des doses équivalentes. Le relais par les anti-vitamines K, ne sera pris qu'au bout de 15 à 21 jours d'apyrexie. Le traitement anticoagulant doit être suivit quotidiennement par les tests de la coagulation. Car s'il est nécessaire, il n'est pas sans danger surtout dans les suites de couches.

LES ANTIBIOTIQUES.

Les antibiotiques sont quelques fois superflus . Néanmoins la prudence veut qu'ils soient prescrits systématiquement. Toutes les fois que cela est possible, ils seront prescrits suivant les résultats de l'antibiogramme. En l'absence d'antibiogramme, faute de germes retrouvés, nous utilisons la pénicilline en perfusion intra veineuse continue à des doses de 10 à 20 millions d'unités par 24 h. Comme traitement anticoagulant, le traitement antibiotique doit être poursuivit 15 à 20 jours après la cédation de la fièvre.

LES CORTICOIDES.

Le traitement corticoïde consiste en des perfusions intra-veineuses de 100 à 200mg d'Hémisuccinate d'hydrocortisone. Ce traitement lui aussi pour être efficace et éviter les rechutes, doit être poursuivit longtemps après la disparition des signes cliniques

Un traitement symptomatique fait de sédatifs neuro-végétatif, d'atropine, de petites transfusions de sang peut compléter utilement le traitement majeur.

Quant-au lever, nous pensons, qu'il ne doit pas être trop précoce du fait des risques d'angiospasme. Mais une mobilisation au lit est hautement conseillée. Le lever ne sera autorisé que lorsque les Tests de surveillance plasmatique (Vernes-Résorcine et surtout le Taux d'Haptoglobine) seront redevenus normaux.

OBSERVATIONS CLINIQUES
=====

OBSERVATION

Mme M.... Monique deuxième pare, deuxième geste, sans antécédent pathologique, accouche le 19.12.1970 d'un garçon pesant 3440gr, criant, aussitôt. L'accouchement a été normal et la délivrance complète et normale. Les suites de couches sont normales. Il faut néanmoins noter au 6ème jour, la veille de sa sortie, une poussée thermique à 38°I associé à une légère douleur pelvienne droite sans irradiation. L'examen clinique est normal; le toucher vaginal ne réveille aucune douleur, l'utérus est bien involué, mais il existe quelques pertes. On prescrit alors Terramycine 6 comprimés par jour plus Methergin 60 gouttes par jour. Le lendemain la fièvre ayant disparu ainsi que la douleur pelvienne, on autorise la sortie que la malade attend du reste avec beaucoup d'impatience.

Le 19ème jour après l'accouchement, la malade rentre de nouveau dans le service pour fièvre à 38°6 avec pertes vaginales fétides depuis 24 H. L'examen à l'entrée notait :

Signes généraux . Température 38°6, pouls accéléré à 110 pulsation^s/m. TA 12/7.

Signes fonctionnels. La malade se plaint depuis plusieurs jours de douleurs au passage des selles.

L'état général est bien conservé.

Signes physiques . Il existe des pertes vaginales fétides en rapport avec une Endométrite. Une culture de ces pertes est demandé . Au toucher vaginal, l'utérus est bien rétracté, le col est ouvert et perméable à un doigt. Les culs-de-sac sont libres et non douloureux . L'abdomen est souple et indolent. On conclut donc à une endométrite et la malade est mise sous

perfusion de Glucosé isotonique avec 6 millions d'unités de Pénicilline et 2 grammes de Solnicol par 24 h.

Après deux jours de ce traitement, la fièvre n'a pas baissé et oscille toujours entre 38° et 39°. Le pouls reste accéléré. Mais élément rassurant l'état général reste bon. L'examen vaginal met en évidence une douleur au niveau du cul-de-sac gauche, mais sans masse perceptible. Les pertes vaginales ont légèrement diminué.

Le 3ème jour la malade à 39°, le pouls est très accéléré. Elle a des frissons et les douleurs à la défécation existe toujours. L'abdomen est météorisé et il existe une douleur provoquée au niveau de la fosse iliaque gauche. Par contre au toucher vaginal la douleur a diminué. La culture des pertes vaginales est redevenue positive à un colibacille. Une hémoculture est demandé. Devant un tel tableau, que l'endométrite ne peut expliquer en totalité, on conclut à une thrombo-phlébite pelvienne et le traitement suivant est instauré :

65mg d'Héparine toutes les quatre heures. 500ml de Rhéomacrodex par 24h. Les antibiotiques, en fonction de l'antibiogramme sont modifiés, on passe à 2gr de Pénicilline intra-veineuse et 4 ampoules de Gentamycine par 24h. Le lendemain, la température a un peu diminué, mais reste à 38°. L'examen reste sans changement. Après deux jours d'Héparinothérapie et d'antibiothérapie, la fièvre ne décrochant pas de façon satisfaisante, on décide d'ajouter au traitement 6ampoules de Spludécadron par 24h. Le jour suivant la température est de 38°8 et le pouls à 80 pulsations/M.

Dans les jours suivants la température reste normal et l'examen se normalise. La douleur à la défécation a disparu. Les pertes vaginales ont considérablement diminué et la douleur de la fosse iliaque gauche n'existe plus.

Au 15ème jour de son hospitalisation, la malade étant toujours apyrestique, on décide l'arrêt des antibiotiques par voie veineuse et on prescrit 2gr de Totapen per os. De même l'Héparine est remplacé par la Calciparine à doses équivalentes . Le soludécadron est arrêté.

Deux jours plus tard, la malade fait une nouvelle poussée thermique et une éruption érythémato-papuleuse géante fait son apparition. Un dermatologue consulté, conclut à une allergie au Totapen qui est immédiatement arrêté et non remplacé. Il prescrit du Célestène 6 comprimés par jour à doses dégressives. Rapidement sous l'effet du Célestène, l'éruption disparaît et la fièvre se normalise. La malade est encore gardée dans le service 10 jours à titre de sécurité. L'examen tant vaginal que général restera pendant toute cette période normal

En conclusion, cette malade sera restée 30 jours dans le service. Les signes de Thrombo-phlébite pelvienne n'auront cédé qu'à la triple association Héparine, Antibiotiques et Corticoides.

OBSERVATION II

Mme B... , Monique, primipare, primigeste de 26 ans, sans passé pathologique, accouche le 1/12/ 1970, après épisiotomie latérale droite et extraction à l'aide d'un forceps de Pajot pour modification des bruits du coeur foetaux en cours de travail. Elle met au monde un garçon pesant 2950 grammes, criant tout de suite. La délivrance est faite artificiellement. La cicatrice d'épisiotomie est refaite sous anesthésie générale, en trois plans.

Trois heures après l'accouchement, un hématome important se

constitue au niveau de la cicatrice d'épisiotomie. La malade est alors mise systématiquement aux antibiotiques. (3 millions de Pénicilline, 3 millions de Colymcyne par 24 h en intra-musculaire).

Le deuxième jour, la malade se plaint d'une douleur de la fosse iliaque droite. L'examen est négatif . L'hématome de l'épisiotomie persiste toujours . L'abdomen est souple et indolent. Au toucher vaginal, l'utérus est bien rétracté et sa mobilisation est non douloureuse, les culs-de-sac sont normaux. La température est à 37°1 et le pouls à 80 pulsations/m.

Le 5 ème jour, après 3 jours d'accalmie, la malade se plaint de nouveau d'une douleur de la fosse iliaque droite, il n'existe pas de troubles du transit. L'examen clinique est le suivant.

Signes généraux. Température 38°6, pouls 120 pulsations/m.

Signes fonctionnels. Dysurie, douleur de la fosse iliaque droite.

Signes physiques. Il existe une légère défense au niveau de la fosse iliaque droite où la malade ressent sa douleur, mais il n'existe pas de masse perceptible . Le toucher vaginale est normal. Et l'hématome est en voie de régression.

L'association fièvre, dysurie, douleur de la fosse iliaque fait évoquer une thrombo-phlébite lombo-ovarienne et on décide de mettre la malade à 300 mg d'Héparine par 24h.

Le 7ème jour la fièvre a décroché, mais persiste à 38°1 - 38°4. La douleur au niveau de la fosse iliaque droite existe toujours. L'héparine est passé de 300mg à 360mg en fonction des résultats du temps de HOWEL. La fièvre décroche immédiatement après.

Le 10ème jour après deux jours d'apyrexie, la malade fait une nouvelle poussée thermique à 38°. L'examen à cette date est strictement normal. Il faut juste noter la désunion des plans superficielles de l'épi-

siotomie. Devant la persistance de la fièvre on décide d'ajouter aux antibiotiques et à l'héparine, 20mg de Cortancyl par jour.

Deux jours après l'administration de la triple thérapeutique, la malade redevient apyretique et le restera jusqu'à la fin de son hospitalisation qui aura duré au total 30 jours.

La malade sort du service guerrit avec un traitement d'un mois associant Calciparine 0,04x2, Cortancyl 20mg à doses progressivement dégressives et Totapen 1,5gr par jour.

OBSERVATION III

Mme, Denise, 32 ans, deuxième paré, troisième geste, sans passé pathologique particulier, accouche le 11/5/70 après épisiotomie latérale droite, d'un garçon criant aussitôt et pesant 3160 grammes. L'accouchement a été normal et la délivrance naturelle et complète. L'épisiotomie est réparée, sous anesthésie locale, en trois plans.

Le 2ème jour, la malade va bien, mais il existe un oedème et un écoulement puriforme au niveau de la cicatrice d'épisiotomie. Ce liquide est envoyé au laboratoire où il est mis en culture. En attendant les résultats, la malade est mise sous antibiotiques 3 millions de Pénicilline et 3 millions de Colimycine.

Le 4ème jour, malgré les antibiotiques, la fièvre est à 40°6 avec frissons intenses. Pendant les frissons la malade est angoissée, tachypnéique et cyanosée. L'épisiotomie est maintenant franchement purulente. La culture du pus récolté à son niveau, revient positive à un

Staphylocoque doré pathogène. Des hémocultures sont alors demandées.

En fonction des résultats de l'antibiogramme, la Pénicilline et la colimycine sont remplacés par 8 gr de Keflin, 6 ampoules de Gentamycine et 5 comprimés de Rifampicine par 24h

Le 5 ème jour, l'hémoculture revient positive, elle aussi à un Staphylocoque doré pathogène.

On est donc en présence d'une septicémie à Staphylocoque doré, ayant pour point de départ l'épisiotomie. Par prudence et faute de moyens de surveillance sérieux, on décide le transfert de cette malade dans un service de Réanimation.

Le 6 ème jour, à son arrivée en réanimation l'examen notait.

Signes généraux Température 39°6 avec grandes oscillations dans la journée, frissons intenses au moment des clochers thermiques. Le pouls est régulier, mais très accéléré. La pression sanguine est à 10/6. Et paradoxalement, l'état général est bien conservé.

Signes fonctionnels. La malade a ressentie, dans la matinée, une violente douleur thoracique qui s'est accompagnée d'angoisse, de dyspnée et de cyanose. De plus la malade se plaint de douleurs au niveau des mollets. Il existe une rétention d'urine

Signes physiques . A l'auscultation pulmonaire, on note une matité de la base du poumon droit. L'abdomen est météorisé dans son ensemble, mais reste indolent. La grande lèvre droite est toujours très oedématisée et inflammatoire mais l'écoulement se tarie . Au toucher vaginal, l'utérus est gros et mou. Le col est ouvert. Les culs-de-sac sont libres et indolents. Il n'existe pas d'oedème des membres inférieurs. Par contre il semble exister un signe de Homans bilatéral. Une radiographie pulmonaire met en évidence un foyer d'infarctissement para-hilaire droit avec au-dessus de lui deux

opacités denses, arrondies, sans niveau liquide et de la taille d'une cerise. Au total, il existe une septicémie à Staphylocoque doré. Des images radiologiques d'embolie pulmonaire et des abcès métastatiques au niveau du poumon droit. Le point de départ de l'embolie semble être un des membres inférieurs, ou pelvien. Car la rétention d'urine et le météorisme abdominal doivent en imposer pour une phlébite pelvienne. S'agit-il d'une thrombo-phlébite pelvienne étendue aux membres inférieurs ou le contraire ? Toujours est-il qu'il existe, chez cette malade, une maladie thrombo-embolique . Et pour cette raison la malade est mise à 450mg d'Héparine en intra-veineux par jour en plus des antibiotiques qui ne sont pas modifiés. Dans les jours qui suivent, la température a un peu décroché, mais reste encore élevé, supérieur à 38° le soir. L'épisiotomie ne coule plus. Mais la malade se plaint d'une douleur lombaire. L'examen montre qu'il existe un contact lombaire à gauche. Cette constatation fait craindre, une nouvelle localisation, d'un abcès métastatique. Un examen d'urines est négatif. Les urines sont chimiquement et bactériologiquement normales.

Une nouvelle radiographie pulmonaire montre que le foyer d'infarctissement a en partie disparu, mais les deux opacités droites persistent. De plus une nouvelle opacité, semblable aux deux autres, est apparu en plein champs pulmonaire gauche. fièvre ne décrochant pas on décide d'augmenter les doses d'héparine à 520mg/24h.

Le 10 ème jour, après 24h à 520mg d'héparine par jour la température est normale à 37°

L'examen à cette date note. Au toucher vaginal, il existe sur la paroi vaginale droite, une induration de la taille d'un doigt, qui remonte verticalement en direction du cul-de sac postérieur. Ceci confirme le diag-

nostic de Thrombo-phlébite pelvienne posée les jours précédents. L'utérus reste un peu gros et mou . Les douleurs lombaires ont complètement disparue. L'épisiotomie est en voie de cicatrisation. Les signes de phlébites des membres inférieurs ont complètement disparu. L'auscultation pulmonaire est normal, mais les opacités parenchymateuses persistent.

Le 14 ème jour, la malade est apyretique depuis 4 jours. L'examen est normal. On décide alors sa sortie du service de réanimation et son retour à la maternité. Où elle sera encore gardée 30 jours, avec un traitement associant des antibiotiques et des anticoagulants. Pendant toute cette période la température restera normale ainsi que l'examen. Mais les opacités pulmonaires vont persister encore pendant 15 jours et se n'est qu'au 35 ème jour de l'hospitalisation que les champs pulmonaires redeviendront normaux.

En conclusion, cette malade a fait une septicémie à Staphylocoque doré. Ce n'est qu'après une embolie pulmonaire typique objectivée radiologiquement que les signes de phlébites ont été mis en évidence. Il existait à la fois une thrombose surrurale bilatérale et une thrombose pelvienne. Enfin la guérison n'a été obtenu qu'après avoir augmenté et continué longtemps les doses d'Héparine.

ETUDE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES

=====

OBSERVATIONS

=====

TABLEAU N°I

	Obse. I	Obse.II	Obse.III
Date d'apparition des signes	19ème J.	5ème J.	4ème J.
Fièvre	+	+	+
Frissons	+	0	+
Accélération du pouls	+	+	+
Embolies pulmonaires	0	0	+
Signes Urinaires	0	Dysurie	Rétention
Signes pelviens	+	+	+
Douleurs pelviennes	+	+	+
Phlébite de jambes associées	0	0	+
Abcès métastatiques	0	0	+
Hémocultures positives	0	0	+

TABLEAU N° II

	Obse. I	Obse. II	Obse. III
Traitement par l'héprine commencé le	26ème J.	5ème J.	6ème J.
Traitement par les Antibiotique commencé le	19ème J.	1er J.	2ème J.
Traitement Corticoide commencé le	23ème J.	10ème J.	0
Cédation de la fièvre et des signes cliniques	24ème J.	12ème J.	11ème J.

L'étude analytique et critique des observations que nous avons sélectionnées montre, comme le tableau I le faire apparaître que.

La fièvre existait chez les trois malades. Cette fièvre était oscillante dans les trois cas. Elle était modérée dans deux cas (Observation I et II) et très élevée chez la troisième malade (Observation III).

Les frissons étaient présents chez deux de nos trois malades.

L'accélération du pouls a été relevé chez les trois malades. Il faut noter que le pouls restait constamment accéléré même en dehors des poussées thermiques.

Nous avons observé cliniquement et radiologiquement, qu'une seule Embolie pulmonaire (Observation III).

Les signes urinaires étaient présents chez deux de nos malades à type de Dysurie et de rétention d'urine . Toutes les cultures d'urine que nous avons pratiqué sont revenues négatives.

Nos trois malades ont toutes à un moment donné de l'évolution de leur maladie, ressentie des douleurs pelviennes. Il s'agissait chez l'une des douleurs au passage des selles, de douleurs de la fosse iliaque droite chez l'autre et de douleurs sus-pubienne chez la dernière

L'examen pelvien, négatif au début, s'est révélé positif chez nos trois malades que plusieurs jours après le début du traitement par l'Héparine. Chez deux malades (Observation I et III) Il existait au niveau d'une paroi vaginale des cordons indurés.

Nous avons constaté l'association d'une phlébite de jambe associée que chez une malade .

Chez la même malade, l'évolution a été aggravé par la survenue d'abcès métastatiques au niveau des poumons et du rein gauche.

Les hémocultures pratiquées systématiquement chez nos trois malades n'ont été positive que dans un seul cas (Observation III).

Il existait enfin chez une malade (Observation I), une endométrite à Colibacille.

Deux de nos malades ont bénéficié du traitement triple associant l'Héparine, les Antibiotiques et les Corticoides. Dans les 48h qui ont suivit l'administration de ce traitement, tous les signes avaient regressé. La troisième malade qui n'a pas pu être mise aux Corticoides, ne s'est vu amélioré qu'après 6 Jours de thérapeutique anticoagulante intensive.

Enfin il faut remarquer comme nous l'avons signalé précédement que la date d'apparition des signes de thromboses se situe dans la semaine qui suit l'accouchement (Observations II et III). Mais l'apparition de signes pelviens , 2 à 3 semaines après l'accouchement ne doit pas faire exclure le diagnostic de Thrombo-phlébite pelvienne.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

I- Comme nous l'avons vu, tout, dans la post partum et le post abortum, favorise la thrombose. Aussi les mesures prophylactiques ont une très grande importance. Elles consistent en une mobilisation au lit, en un lever précoce et en la mise des membres inférieurs en position surélevée par rapport au plan du lit. Quant-aux drogues, beaucoup ont été employé, peu ont donné de résultats satisfaisants, excepté le traitement anticoagulant systématique et intensif qui reste le meilleur moyen d'éviter l'apparition d'une thrombose, mais dont l'emploi en suites de couches est difficile et dangereux du fait du risque hémorragique.

II- On a longtemps distingué deux variétés de thrombo-phlébites pelviennes, les "Adhésives simples et les suppurées" De plus en plus actuellement, on estime que ces deux affections n'en font qu'une. Et que l'apparition d'emblée ou secondaire de la suppuration n'est qu'une complication de la thrombose.

III- La date d'apparition des signes de Thrombo-phlébite pelvienne est variable . Elle va de deux jours à trois semaines, avec un maximum de fréquence au cours de la première semaine qui suit l'accouchement ou l'avortement.

IV- Le diagnostic de Thrombo-phlébite pelvienne est difficile du fait de la pauvreté de la symptomatologie clinique .

Il faut retenir comme signes de valeur :

- la fièvre qui a pour caractère d'être oscillante et surtout résistante aux antibiotiques.

-l'accélération du pouls

-Les embolies pulmonaires

- les douleurs pelviennes, et en particulier les douleurs au passage des selles, et les douleurs du flanc droit, irradiants en hémi-ceinture.

- Les signes pelviens sont souvent discrets, mais il arrive de sentir au niveau d'une ou des parois vaginales, les veines thrombosées sous forme de cordons durs, allongés et douloureux.

V- La gravité des Thrombo-phlébites pelviennes réside dans la fréquence de leur surinfection et leur grand pouvoir emboligène. Il peut certes s'agir d'embolies pulmonaires massives et rapidement mortelles, mais la plus part du temps, il s'agit de micro-embolies qui sont beaucoup plus redoutables par leur septicité que par leur conséquence mécanique.

VI- Le traitement des Trombo-phlébites pelviennes est désormais bien codifié. Il doit associer une thérapeutique anticoagulante, une antibiothérapie et une corticothérapie.

- la thérapeutique anticoagulante consiste en des perfusions intraveineuses continues d'Héparine à fortes doses.

-l'antibiothérapie sera systématique et employée également à fortes doses.

-Quant-à la corticothérapie elle consiste en des injections intraveineuses quotidiennes d'Hémisuccinate d'Hydrocortisone.

Ces trois prescriptions seront poursuivies longtemps, trois semaines au minimum après lacédation de la fièvre et des autres signes cliniques.

Le lever ne doit pas être trop précoce, au risque de voir la fièvre reprendre.

B I B L I O G R A P H I E

=====

BIBLIOGRAPHIE

1- BANCROFT. Ligature proximale et excision des veines pour phlébites septiques. Ann.of Surg. 106 : 308-311. Aout 1937.

2- BAUX R. La phlébographie pelvienne. Thèse Toulouse 1950.

3- BAUX. R et PAULNES J. La phlébographie pelvienne
Journ. de Radiol. 31 : 7-8 1950.

4- BAUX R. et PAULNES J. Technique de la phlébographie pelvienne
Presse Med. 58 : 451 22 Avril 1950.

5- BIDOIRE. Contribution à l'étude des thrombo-phlébites utéro-pelviennes suppurées d'origine puerpérale . Thèse Paris 1939.

6- BROWSE W. Tromboses des veines profondes. Traitement médical.
Traitement chirurgical . Brit. Med. J. 4 : 676-678 13 décembre 1969.

7- BULHL H. Les occlusions unilatérales des veines pelviennes.
Munchen Med. Wsehr. 108 : 1541 . 7 Mars 1966.

8- CHOME. Les phlébites utéro-pelviennes puerpérales. Leçons de la Clin . Tarnier I : 1924 Vigot édit.

9- COLLINS, MAC CALLUM, NELSON, et WEINSTEIN. Trombophlébite pelvienne suppurée ; fréquence, physiopathologie et étiologie. Surgery 30 : 298-310
Août 1951

10- COLLINS, MAC CALLUM, NELSON et WEINSTEIN. Trombo-phlébites pelviennes suppurées ; symptomatologie et diagnostic. Surgery 30 : 311 - 318 Août 1951

11- COLLINS et AYERS. Trombo-phlébite pelvienne suppurée ; techniques chirurgicales . Surgery 30 : 319-329. Août 1951.

12- COLLINS, NORTON, NELSON, WEINSTEIN et WEBSTER. Trombo-phlébite pelvienne suppurée ; résultats . Surgery 31 : 528-538 Avril 1952.

13- COLLINS, BAGGEST et BALL, Excision partielle de la veine cave inférieure dans les cas de thrombo-phlébites pelviennes suppurées. New Orléans M and S J. 95 : 324-329 Janvier 1951.

14- COLLINS, NELSON et JONES. Etude statistique des facteurs étiologiques des thrombo-phlébites pelviennes. New Orléans M and S J. 103 : 288-290 Janvier 1943.

15- COLLINS, NELSON et JONES . Traitement chirurgical des thrombo-phlébites pelviennes par la ligature de la veine cave inférieure et des veines ovariennes. New Orléans M and S J. 95 : 324-329. Février 1943.

16- COLLINS, WEINSTEIN, NORTON et WEBSTER.
Effets de la ligature de la veine cave inférieure et des veines ovariennes sur l'ovulation et la grossesse dans l'espèce humaine.
Am.Journ. of Obst and Gynec. 63 : 351-56 Fev. 1952

17- DELATER G. Les phlébites pelviennes. Revue Franç. de Gynec Obst.
Avril 1932

18- DUCUIND, GUILHEM, ENJOLBERT et BAUX.
La phlébographie pelvienne par voie transosseuse pubienne.
Lyon Chir. 46 : 393-404 Mai-Juin 1951

19- DUCUING, GUILHEM, MARQUES, BAUX et PAILLE.
Les différentes voies d'exploration pelvienne par la phlébographie.
Journ. de Radiol. 32 : 713-719. 1951

20- DUNN. Fièvre et thrombo-phlébite pelvienne . Réponse au traitement anticoagulant . New Eng J. Med. 276 : 265-268 Février 1967

21- EVANS DS . Diagnostic des thromboses veineuses profondes par effet Doppler . British Med J . 2 : 802-804 28 Juin 1969

22- FONTAINE R. Traitement chirurgical des thromboses aiguës d'origine gynécologique et obstétricale. Bull. Fed. Gynec. Obst. 20 : 91-92
Janvier 1968.

23- FONTAINE R. Utilisation des anticoagulants dans les infections pelviennes Clin Obst Gynec . 12 : 240-246. Mars 1969.

24- GELLE et DUTHOIT. Thrombo-phlébite pelvienne avec septicémie suivant un cerclage du col. Bull Fed Gynec Franç. 13 : 589-91. 1961

25- GUILHEM, BAUX, VOISIN et PAILLE. Phlébographie pelvienne par voie utérine. Bull Soc Obst Gynec de Toulouse. 3 : 709-13 1951

26- GUILHEM P. Le dépistage précoce de la phlébite puerpérale
Thèse Toulouse 1933

27- HOUEL . Contribution à l'étude des thrombo-phlébites utéro-pelviennes suppurées d'origine puerpérale. Thèse Paris 1939.

28- JAHIER H. Pyohémie causée par une thrombo-phlébite pelvienne suppurée. Résection des veines thrombosées. Ligature de la veine cave inférieure. Bull Fed Gynec Obstet Française. 16 : 17667 Mai 1964.

29- JAKOB et SANTAG CANDARA. Traitement chirurgical (hystérectomie subtotal) d'une thrombo-phlébite utéro-pelvienne aiguë . Obst y Gynec Latino-Am 5 : 346-349 Août 1947

30- JAMES . La phlébographie pelviennes par voie pubienne chez la femme. Thèse Toulouse 1951.

31- JEANNIN et CHOME . Phlébites pelviennes suppurées .
Bull Acad Med. 49 : 108. 1928

32- JEANNIN . Les phlébites utéro-pelviennes des femmes en couches
Paris Med. 547. 1912-1913

33- JOSEY WE. Trombo-phlébite pelvienne septique. Etude de 17 cas traités à l'héparine . Obstet Gynec. 35 : 891-897 Juin 1970

34- KINEME S. L'occlusion chronique des veines pelviennes . Résultat du traitement chirurgical. Bruns Beitr Chir. 206 : 597-601. Novembre 1968.

35- KIENE S. Prévention des occlusions chroniques des veines pelviennes par le traitement précoce des thromboses aiguës du pelvis. Bruns Beitr Chir. 216 : 597-601. Novembre 1968.

36- KIRK G.D. Ligature de la veine cave inférieure pour thrombo-phlébite septique. Am J Surgery. 73 : 606-612 Mai 1947

37- LA PENA A de. Phlébographie des plexus et vaisseaux pelviens sur le vivant. Rev. Esp. Chirurgia 4 : 245-260 1946.

38- LEGER et NATALI . La ligature de la veine cave inférieure dans les thrombo-phlébites pelviennes suppurées d'origine génitale. Bull Med. 65 : 21-26. 15 Janvier 1961.

39- LEVIN. Les thrombo-phlébites pelviennes du post-partum
Thèse Paris 1947

40- LINDER A. Thrombo-phlébites pelviennes en obstétrique. Wisconsin M J. 39 : 368-371. Mai 1940.

-41 LOUVEL J. Thermométrie rectale et phlébite pelvienne
Presse Med. 340 : 23 Juin 1945.

-42 MERGER, CERNES et CHAMBRAUD. Présentation de phlébographies pelviennes à cadences rapides sur bandes. Déduction technique, physiologique et clinique. Bull Fed Soc Gyn Obstet. 3 : 761-768. 1951.

43- METGE J.M. A propos de trois cas de thrombo-phlébites pelviennes puerpérales graves. Thèse Paris 1965.

44- MILLER. Ligature ou excision des veines pelviennes dans le traitement de la pyohémie puerpérale . Surg Gynec and Obstet. 25 : 431- 452 Juillet 1914.

45- MONDOR H. et OLIVIER C. Deux observations de pyohémies par thrombo-phlébites pelviennes. L'une post-partum, l'autre post-abortum. Mém Acad Cirur 69 : 472-475. 20 octobre 1943

46- MORESSETTE F. Thrombo-phlébite pelviennes suppurées. Contribution à l'étude du traitement chirurgical . Thèse Paris 1936

47- NEUHOF H. Veinectomie pour thromboses suppurées. Am J of Surgery . 106 : 311-314. Août 1937.

48- NEWMAN H. Ligature de la veine cave inférieure et des veines ovariennes pour un avortement septique avec thrombo-phlébite pelvienne Am J of Surgery. 75 : 746-748. Mai 1948.

49- OLIVIER Cl. Technique de la phlébographie pelvienne par injection perosseuse. Presse Med. 58. 985. 16 Septembre 1950.

50- OLIVIER C. Maladies des veines . Masson édit. 1957

51- PAMMERENKE W. Thromboses pelviennes Etude de cas. Ural and Cutan Rev. 49 : 623-635 Octobre 1945.

52- PETITOU. Phlébographie pelvienne par voie ischiatique chez la femme. Thèse Toulouse 1951

53- RAMOND L. Phlébites pelviennes puerpérales . Presse Med. 84 : 1367-68 Octobre 1929.

54- ROSALLECK H. Thrombose massive par voie ascendante des veines de la cuisse et du pelvis . Aerztl Wschr . 14 : 544-547. 10 Juillet 1959.

55- RENAUD S. Utilisation des anticoagulants dans la prévention des chocs endotoxiniques induits par les thrombo-phlébites. Etude chez le rat. J Leb Clin Med. 66 : 253-62. Août 1965.

56- SILVER D. Pathologie et physiopathologie des thrombo- phlébites profondes Amer . Surgery . 34 : 207-210. Mars 1968

57- SCHULMAN H. Utilisation des anticoagulants dans les infections du pelvis . Clin Obst Gynec. 12 : 240-246. Mars 1969

58- SCULMAN H. Les thrombo-phlébites pelviennes du post-partum. Indication des anticoagulants devant toutes fièvres inexpliquées du post-partum. Am. J Obst and Gynec. 90 : 1293-96. Décembre 1964.

59- STALLWORTHY J. Les thromboses pelviennes et fémorales chez la femme Gynaecologia . 138 : 127-134 . Juillet 1954

60- SUAN PA. Les thrombo-phlébites pelviennes suppurées avec embolies pulmonaires . Etude de cas traités par la ligature de la veine cave inférieure. Bull Asoc Med Puerto Rico. 44 : 419-36 Nov 1952.

61- SUZOR . Considérations sur les phlébites utéro-pelviennes. L'hopital. 231 : 50. Janvier 1929.

62- THOMAS WF. Les thrombo-phlébites pelviennes . J Oklaoma M.A. 41 : 91-93. Mars 1948

63- TUIGAND R. Les indications desthrombectomies veineuses. Bordeaux Med. 3 : 793-802. Mai 1970.

64- UHLENBROOCK K. Les ligatures veineuses dans les pyohémies consécutives aux thrombo-phlébites pelviennes suppurées. Arch F Gynâk. 171 : 152-198 1941.

65- VANVERTS. Phlébites utéro-pelviennes puerpérales, unilatérales, à évolution subaigue . Excision des veines malades. Guérison . Mem Acad Chir. 478 : 1924.

66- WALK JF. Les thrombo-phlébites pelviennes septiques. Penn Med J. 41 : 88-93 . Février 1965

67- WOLLMAN H. Trombose des veines pelviennes . Cas.Geburtsh U Frau. 360-363. Avril 1953.

68- WERTHEIMER et SAUTAT. Les thrombo-phlébites pelviennes.

Etiologie, physiopathologien clinique et thérapeutique .

J Med Lyon . 53 : 331-340. Avril 1952.

VU LE PRÉSIDENT DE THÈSE
P^r VARANGOT

VU LE DOYEN DE LA FACULTÉ
H. JÉRÔME

Vu le Permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
R. MALLET

